

## Reflexiones sobre el Suicidio como Fenómeno Humano Universal, Histórico y Social

Reflections on Suicide as a Universal, Historical and Social Human Phenomenon

Miguel Guerrero Díaz

Psicólogo Clínico de la UGC Salud Mental HUVV (Málaga)

Coord. del GT de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida de la Sociedad Española de Psicología Clínica-ANPIR.

### Resumen

El suicidio es un fenómeno complejo y universal que ha sido estudiado a lo largo de la historia, trascendiendo barreras culturales, sociales y temporales. Este artículo explora el suicidio desde una perspectiva multidimensional, integrando factores psicológicos, sociales, culturales e históricos. Se destaca la importancia de entender el suicidio no solo como un acto individual, sino como un reflejo de problemas sociales y estructurales más amplios. El documento revisa la evolución histórica del suicidio, desde su aceptación en civilizaciones antiguas como Egipto y Grecia, hasta su estigmatización en la Europa medieval y su conceptualización moderna como problema de salud pública. Se enfatiza el papel de los determinantes culturales, económicos y políticos en la configuración de las tasas de suicidio, con especial atención al impacto del neoliberalismo y las desigualdades sociales. Además, el artículo discute la necesidad de un enfoque de prevención multicomponente, que incluya estrategias universales, selectivas e indicadas, para abordar el aumento de las tasas de suicidio a nivel global. Al reconocer el suicidio como un problema social y no únicamente de salud mental, el documento llama a la acción colectiva y a cambios estructurales para reducir su prevalencia e impacto.

*Palabras clave:* suicidio, salud pública, perspectiva histórica, determinantes sociales, estrategias de prevención, salud mental.

### Abstract

Suicide is a complex and universal phenomenon that has been studied throughout history, transcending cultural, social, and temporal barriers. This article explores suicide from a multidimensional perspective, integrating psychological, social, cultural, and historical factors. It highlights the importance of understanding suicide not merely as an individual act but as a reflection of broader societal and structural issues. The paper reviews the historical evolution of suicide, from its acceptance in ancient civilizations like Egypt and Greece to its stigmatization in medieval Europe and its modern conceptualization as a public health issue. The role of cultural, economic, and political determinants in shaping suicide rates is emphasized, with particular attention to the impact of neoliberalism and social inequalities. The article also discusses the need for a multicomponent prevention approach, involving universal, selective, and indicated strategies, to address the rising suicide rates globally. By recognizing suicide as a social problem rather than solely a mental health issue, the paper calls for collective action and structural changes to reduce its prevalence and impact.

*Keywords:* suicide, public health, historical perspective, social determinants, prevention strategies, mental health.

El suicidio es un fenómeno complejo que ha sido objeto de estudio a lo largo de la historia, trascendiendo barreras culturales, sociales y temporales. Se manifiesta como una de las principales causas de muerte a nivel mundial, afectando a individuos de todas las edades, géneros y orígenes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 700,000 personas se quitan la vida cada año, lo que subraya la urgencia de abordar este problema desde una perspectiva integral (WHO, 2021). Sin embargo, el suicidio no puede ser conceptualizado únicamente como un acto individual, sino como un fenómeno multidimensional, multicausal y poliédrico que refleje las complejidades de esta experiencia humana.

A nivel mundial, las tasas de suicidio presentan variaciones significativas entre diferentes países y culturas, lo que refleja las diversas maneras en que las sociedades enfrentan este fenómeno. En ciertas culturas, el suicidio es considerado un delito, un acto que transgrede creencias religiosas, o se le atribuyen características de egoísmo, valentía o sacrificio. Además, en muchas sociedades, persiste un fuerte estigma social y una condena moral en torno al suicidio. Estas diferencias culturales no solo impactan en la prevalencia del suicidio, sino que también moldean la percepción, la intervención y el abordaje social del mismo. Una de las consecuencias más graves de este rechazo es que decenas de miles de personas y familias no buscan ayuda, la postergan en el mejor de los casos, y terminan profundamente aisladas, lo que incrementa su sufrimiento.

Respetar la multidimensionalidad del suicidio como fenómeno eminentemente humano implica reconocer que su comprensión holística pasa por la integración de múltiples perspectivas que abarcan no solo los factores psicológicos, sino también los sociales, culturales y biológicos. Es esencial entender que el suicidio no es resultado de un trastorno mental, un síntoma o de una crisis personal, sino que está influenciado por una amplia variedad de determinantes sociales, políticos, económicos y culturales. Disciplinas como la sociología, filosofía, bioética, antropología, periodismo o el derecho tienen

tanto que decir como la propia psicología, psiquiatría o la neurociencia al respecto.

Dada esta complejidad, los profesionales que abordamos el suicidio desde el ámbito sanitario debemos evitar caer en un reduccionismo biomédico, psiquiátrico o psicológico. La tendencia a ver el suicidio como el producto del padecimiento de un trastorno mental ignora las diversas y significativas influencias sociales, culturales y personales que pueden llevar a una persona a tomar esta decisión.

Es fundamental que, al investigar y reflexionar sobre el suicidio, reconozcamos las intersecciones entre lo psicológico, lo social y lo histórico. Solo así podremos ofrecer una atención más comprensiva y eficaz a las personas en riesgo de suicida. Entender y comprender el riesgo de suicidio como un fenómeno dinámico, interactivo, fluctuante, desproporcionado y progresivamente exponencial nos permitirá desarrollar estrategias de intervención más efectivas.

### **Historiografía del Suicidio.**

Las motivaciones para el suicidio en el ser humano siguen siendo similares a las del hombre de hace 4.000 años. Acabar o huir de un sufrimiento psíquico percibido como insoportable e interminable, terminar con el tormento de una enfermedad física dolorosa o incapacitante, dejar de sentirse una carga para los demás, expiar una culpa, sentir vergüenza o sentirse injustamente tratado, acabar con un estado profundo de desesperanza, la fantasía de querer reunirse con un ser querido fallecido, huir de la soledad o alienación social, suicidarse por pasión, tedio o la pérdida del sentido de vida, han sido argumentos esgrimidos por hombres y mujeres para morir por suicidio (Ramón, 2015).

Si bien es cierto que el suicidio ha existido en todas y cada una de las épocas y civilizaciones humanas, el concepto y su imagen han ido transformándose en el tiempo, en función del paradigma sociopolítico imperante, las creencias religiosas, el desarrollo científico-técnico y los cambios socioculturales de cada tiempo histórico (Guerrero, 2019).

## **El suicidio en la Antigüedad**

En la mayor parte de las civilizaciones de la antigüedad (Egipto y Mesopotamia) el suicidio era aceptado, sin existir ninguna reprobación moral, condena o estigma. La muerte era entendida como el paso de una vida a otra, por lo que acabar con ella de forma voluntaria no implicaba el fin de la existencia, sino el tránsito a otra dimensión inmortal. El primer texto escrito que nos habla de la conducta suicida es un poema conocido como *Diálogo de hombre desesperado con su Bá* (alma egipcia), datado en el año 2250 a.C., en pleno Imperio Medio Egipcio (Minois, 1999).

El suicidio ya era un tema de reflexión entre los griegos y se abordaba en las obras de autores como Homero, Pausanias o Píndaro. Durante este período histórico, cuna de nuestra civilización y pensamiento occidental, la muerte voluntaria comenzó a ser objeto de estigmatización y desaprobación, considerándose un delito contra el Estado que merecía castigos, ya que privaba a la *polis* (la comunidad) de uno de sus miembros y de su potencial contribución al progreso colectivo. Además, en la sociedad griega el suicidio se consideraba ya como un acto impío hacia los dioses, quienes eran los únicos con derecho a disponer de la vida de los seres humanos.

La mitología griega vinculó diversas emociones con la conducta suicida, identificando sentimientos como la desesperación, la culpa, la vergüenza o la locura como posibles desencadenantes. Ejemplos de tales mitos incluyen los suicidios de personajes como Yocasta (primer suicidio literario de la historia), Egeo o Áyax.

Las diferentes escuelas filosóficas griegas adoptaron posturas diversas respecto al suicidio, situándose en un espectro que iba desde la total desaprobación hasta la legitimación del acto. Los pitagóricos, por ejemplo, rechazaban el suicidio en el siglo V a.C., considerándolo una salida abrupta del alma que perturbaba el equilibrio del cosmos. Por otro lado, los cínicos, representados por Diógenes de Sinope (quien se suicidó aproximadamente en el 412 a.C.), creían que quitarse la vida significaba ejercer control sobre

el propio destino. Sin embargo, fue el estoicismo, fundado por Zenón de Citio en el siglo IV a.C., la única corriente filosófica que mostraba una mayor permisividad hacia el suicidio, argumentando que era preferible morir de una vez antes que sufrir indefinidamente. En esta filosofía, la vida no tenía un valor intrínseco en sí misma. Para los epicúreos, seguidores de Epicuro (341 a.C.), el suicidio podía considerarse una decisión honorable si no se podía garantizar el hedonismo y el placer.

Pero si hubo un momento que marcó un antes y un después en la filosofía que versa sobre la actitud hacia la muerte voluntaria, fue el suicidio de Sócrates en el año 399 a.C. El maestro griego decidió aceptar su muerte por cicuta en lugar de huir, tras ser condenado por el Estado (acusado de impiedad y corromper a los jóvenes). Su decisión afectó profundamente a sus seguidores. El más conocido e importante de éstos fue, sin duda, Platón (387-347 a.C.). Éste se posicionó en contra del suicidio argumentando que atentaba contra el Estado y contra los Dioses (propietarios de nuestra existencia). No obstante, estableció tres excepciones donde la muerte voluntaria era legítima: cuando lo mandara el Estado (el caso de Sócrates), ante una enfermedad incurable y/o ante la vivencia de una desgracia extrema. En su conocida obra *Fedón*, escrita en el 387 a.C., Platón presenta un diálogo entre Equécrates y Fedón de Elis, en el que este último relata las circunstancias de la muerte de Sócrates. En este diálogo, se enfatiza que "se debe aceptar dignamente el fin" y se establece que "el suicidio es permisible si obedece a un mandato divino directo".

Del mismo modo que Platón, su discípulo Aristóteles (384-322 a.C.) en su obra *Ética a Nicómaco* (2003) condenó aún más enérgicamente el suicidio, estigmatizándolo como un acto de cobardía, ya que consideraba que el suicida eludía su responsabilidad social y perjudicaba a los demás.

## **Mors Voluntaria en Roma.**

La civilización romana heredó gran parte de la cultura helena, y del mismo modo existía una prohibición expresa al suicidio, salvo si se obtenía el permiso del censor (alta magistratura) que "autorizaba" el acto. Sin embargo, una

característica del pueblo romano con relación a la muerte voluntaria fue su falta de democratización. Si bien era considerado un delito para esclavos, soldados o malversadores, no lo era así para la *nobilitas* (las clases altas), siempre y cuando estuviese motivado por causas nobles como por honor, patriotismo, enfermedad humillante o preservar la *dignitas* de su estatus. El suicidio irracional, sin una causa clara o aceptada, era severamente castigado en estas sociedades, salvo para patricios y ricos plebeyos. Aunque los nobles podían encontrar cierta comprensión si su motivación se consideraba legítima (como en los casos de Otón, Petronio, Arrio o Escipión Násica), este no fue el caso de Marco Antonio. Su suicidio, impulsado por su amor hacia Cleopatra tras su muerte, no se consideró una causa legítima y refleja la complejidad de las percepciones sobre el suicidio según el estatus social y las circunstancias personales.

Los romanos invocaban a la temida diosa Proserpina (Perséfone en la mitología griega) como una forma de disuadir a las personas del suicidio. Según sus creencias, aquellos que se quitaban la vida eran condenados a vagar por el Hades durante mil años sin poder alcanzar la Laguna Estigia. Esta visión del más allá puede considerarse una medida de prevención del suicidio en aquella época, ya que ofrecía una perspectiva aterradora sobre sus consecuencias.

Al igual que griegos, los romanos tenían mitos sobre el suicidio, siendo el más emblemático el de *Lucrecia* en el 509 a.C. Esta matrona, víctima de violación por Sexto Tarquinio, hijo del rey, decide quitarse la vida para preservar su honor y el de su familia. Su suicidio cataliza el derrocamiento de la monarquía en Roma y se convierte en un símbolo de la lucha por la dignidad y resistencia femenina en la narrativa histórica romana.

Hablar de Roma es hablar de Marco Tulio Cicerón (106-46 a.C) orador, abogado, filósofo, estadista y magistrado. Manifestó un rechazo hacia la muerte voluntaria (se le atribuye autor de este término) haciendo suyos los postulados platónicos, en su obra *El sueño de Escipión* al escribir “(...) debéis mantener vuestra alma en la custodia de vuestro cuerpo y no abandonar la vida

humana sin la orden de aquel que os la ha proporcionado” (Macrobio, 2006). Cicerón manifestó ideas suicidas durante su exilio en Asia (contenidas en sus cartas a su amigo Pomponio Ático) pero nunca consideró el suicidio una salida legítima. Cuando fue proscrito por el segundo triunvirato (46 a.C.), se le ordenó suicidarse para preservar su dignitas como noble romano, pero éste declinó la orden, siendo finalmente decapitado y muriendo de forma ignominiosa para sus iguales, pero mostrando una coherencia digna de su grandeza. Este acto ha inspirado el bautizo del Proyecto de Prevención del Suicido del área sanitaria Costa del Sol (Servicio Andaluz de Salud) con el nombre de *Proyecto Cicerón*, desarrollado en 2017, donde surgió la creación de la Unidad de Prevención e Intervención Intensiva en Conducta Suicida UPII Cicerón del Hospital Universitario Costa del Sol (Marbella), pionera y única en el sistema de salud público de Andalucía.

Me apasiona especialmente el suicidio histórico de Marco Porcio Catón (95-46 a.C.), un relato significativo en la historia romana, que ilustra la complejidad del suicidio y su relación con el narcisismo y la violencia. Tras la derrota de los republicanos en la batalla de Tapso en el 46 a.C., Catón, enfrentando la captura por Julio César, decide quitarse la vida de manera dramática y violenta. Su acto de abrirse las entrañas simboliza la resistencia personal y política, encarnando el orgullo y la dignidad de la época. Catón se convierte en un mártir de la causa republicana, simbolizando la lucha contra la tiranía y el heroísmo en tiempos de cambios políticos radicales.

Otro gran nombre que emerge en el ámbito del suicidio y la filosofía es Lucio Anneo Séneca (4-65 d.C.), máximo representante latino del estoicismo y un ferviente defensor de la ascesis del alma. Para Séneca, el suicidio no era un acto de desesperación, sino una manifestación de valentía y máxima expresión de la libertad humana. En sus escritos, enfatizaba que los seres humanos poseen el derecho inalienable de decidir sobre sus propias vidas y muertes, especialmente cuando se enfrentan a sufrimientos insuperables o a una pérdida irrevocable de dignidad. Séneca veía el suicidio

como una forma de recuperar el control en un mundo impredecible. En su obra *De vita beata* (2010), argumenta que la verdadera libertad reside en la capacidad de elegir el momento y la manera de morir, permitiendo evitar una vida indigna y llena de sufrimiento.

Al suicidarse por instancias del emperador Nerón (que también se suicidó), Séneca personificó sus enseñanzas, eligiendo el fin de su vida con dignidad y conforme a su filosofía estoica. Su decisión de morir en lugar de vivir bajo la tiranía reafirmó su compromiso con la libertad personal y lo elevó a mártir del estoicismo. Su legado sobre el suicidio invita a la reflexión sobre la dignidad, la libertad y el sentido de la vida en circunstancias adversas.

La otra gran contribución que nos ha legado Roma es sin duda, sus leyes. *El Código de Justiniano* (2005), obra del emperador bizantino Justiniano (527-565), supuso la primera representación legal de una conducta derivada de un estado mental alterado (*non compos mentis*) y recogía como atenuante en la mente del suicida, la perturbación de sus facultades mentales.

### **El Cristianismo Occidental Europeo**

En la Biblia se narran hasta nueve suicidios sin que exista condena ni apología en sus versículos, siendo el de Judas Iscariote el más conocido (Pérez Barrero & Peláez, 2002). Los primeros cristianos no estigmatizaban la muerte voluntaria. De hecho, de acuerdo con Cohen (1996) el martirio voluntario alarmó a los Obispos de la Iglesia, ya que entre diez y cien mil seguidores de Cristo, principalmente donatistas, eligieron morir para obtener los beneficios que la comunidad cristiana ofrecía, como la salvación del alma. Esta alarmante reducción de feligreses llevó a la necesidad de una narrativa teológica que detuviera estos actos, lo que logró San Agustín de Hipona. Él condenó el suicidio, equiparándolo al homicidio de sí mismo y a una violación del quinto mandamiento. Desde entonces, el suicidio fue considerado un pecado y el suicida (seguidor de Judas), un pecador ante Dios.

Fue en el Concilio de Arlés (314 d.C.) donde se condenó el suicidio formalmente por la Iglesia, y a cada concilio ecuménico celebrado, más condena y castigo se añadía a sus víctimas, desde la excomunión, hasta la negación de rito, funeral, enterramiento o sepultura (esto último aún existía en la década de los ochenta del pasado siglo).

### **El Suicidio en la Edad Media**

No obstante, fueron las leyes civiles - y no sólo las eclesiásticas- las que marcaron con su extrema violencia el destino de las personas con conducta suicida. Si hubo un momento en la historia donde más crudeza y rechazo sufrieron fue sin duda en el medievo. A la suma de la condena eclesiástica en una sociedad eminentemente teocrática, se añadió el rechazo por parte del Estado sus Reyes y monarquías (Murray, 1998). El "suicida" no sólo era un pecador, sino que se convirtió en un delincuente ante la Ley, merecedor de castigos físicos y sociales extremos. Arrastrar el cuerpo, mutilarlo, clavarle una estaca, enterrarlo en un cruce de caminos, vejarlo o negarle sepultura, son ejemplos de cómo se trataba de aleccionar al pueblo para hacer desistir a quien tuviera ideas suicidas. La severidad de las medidas aplicadas ocasionó que frecuentemente se intentara ocultar el cadáver del suicida y se negara esa forma de morir o en muchos casos atribuirla a la posesión diabólica o lunática.

Santo Tomás de Aquino, publicó en su obra *Summa Theologica* en 1272 que, suicidarse era el peor de los pecados puesto que no admitía penitencia. Acabar con la vida de forma voluntaria atenta contra de la propia naturaleza humana, injuria a la comunidad y contra Dios (Aquino, 1960).

En *La Divina Comedia*, Dante Alighieri (1320/1999) ubica a los suicidas en el séptimo círculo del Infierno, que está reservado para los violentos. En este círculo, los suicidas son condenados a convertirse en árboles retorcidos, un símbolo del sufrimiento que experimentan. Al igual que los homicidas y aquellos que cometan actos de violencia, los suicidas son castigados en este nivel del Infierno por sus acciones, lo que

refleja la visión medieval sobre el suicidio como un pecado grave.

### **La Edad Moderna y el Humanismo**

El Renacimiento (siglo XV y XVI) supuso un cambio en la mentalidad secular. Si bien la Iglesia persistió en la dura condena moral del suicida, aparecieron un grupo de humanistas filósofos que comenzaron a criticar y cuestionar abiertamente las posiciones teológicas sobre el suicidio. Michel de Montaigne (1533-1592) fue pionero en considerar que el suicidio no podía evaluarse moralmente a partir de dictados divinos, sino que debía ser resultante de una elección personal. En 1608 John Donne (célebre poeta y clérigo inglés) escribe *Biathanatos*, publicada en 1608, la primera obra en defensa del suicidio en lengua anglosajona y el ensayo más exhaustivo sobre el suicidio en la edad moderna (Rudick & Battin, 1982).

A partir de entonces los postulados religiosos fueron progresivamente desplazados por razones seculares, tomando la filosofía el relevo del debate moral acerca de la legitimidad o no del suicidio. Entre aquellos autores que se posicionaron a favor (John Donne, Montesquieu, Hume) aludían al derecho a la autodeterminación del hombre, así como una visión altruista del suicida. Entre los contrarios al suicidio (Immanuel Kant) esgrimieron que este acto no respetaba la dignidad inherente a la propia vida, era un acto de cobardía, afectaba a terceros, eludía la responsabilidad social de todo individuo o que incluso violaba el propio instinto de conservación de nuestra especie.

En 1621, Robert Burton publicó *Anatomía de la melancolía*, convirtiéndose en el primer autor en proponer que el suicidio es resultado de una alteración mental. Esta obra representa un hito histórico, pues se considera un auténtico precursor de los futuros postulados científicos del siglo XIX. Burton abogó por la tolerancia y compasión hacia los suicidas, afirmando que no estaban poseídos por demonios, sino que sufrían un temperamento melancólico provocado por un exceso de bilis negra.

Pero no fue hasta 1642 cuando Sir Thomas Browne, en su obra *Religio Medici*, introdujo por

primera vez el término "suicidio" en la historia. Derivado del latín *sui-caedere*, que significa "matarse a uno mismo", este término marcó un hito significativo en la forma en que se conceptualizaba la muerte voluntaria. La aceptación del término por parte de la Iglesia y la comunidad médica de la época representó un cambio importante en la comprensión y su tratamiento. Con la incorporación del término suicidio en el lenguaje académico y médico, se abrió un nuevo campo de estudio que permitía un análisis más sistemático y científico del fenómeno, facilitando así un enfoque más empático y menos punitivo hacia quienes se encontraban en situaciones de desesperación extrema.

### **La Patologización del Suicidio**

En el siglo XVIII, con los avances de la ciencia experimental impulsados por el "movimiento ilustrado" se consiguió paulatinamente la definitiva secularización y descriminalización del suicidio. Sin embargo, quedó ligado a la enfermedad mental y a toda clase de "locura". El suicida dejó de ser un pecador y un delincuente para ser considerado simplemente un loco, un enfermo. La psiquiatría alienista representada por Jean Étienne Dominique Esquirol (psiquiatra francés 1772-1840) postuló la asociación del suicidio a toda clase de estados clínicos patológicos (delirium agudo, estados delirantes crónicos, monomanías) pese a reconocer que el suicidio, no era una enfermedad mental *per se*. Estableció la división entre el suicidio normal del patológico reclamando para el campo de la medicina este último (Mesones, 2014).

En el siglo XIX con la llegada del romanticismo el suicidio pierde su carácter peyorativo. Se valoran las motivaciones psicológicas por encima de la ética, se exaltan los sentimientos y se considera el suicidio como un acto de máxima libertad o como expresión de estados de desesperanza.

A finales de este siglo quiero destacar al sociólogo francés Émile Durkheim (1858-1917), que pensó en el suicidio, no como un fenómeno individual sino marcadamente social. Para él, existían sujetos vulnerables y predispuestos por naturaleza a acabar con su propia vida, pero

finalmente eran causas sociales (crisis económicas, pobreza, aislamiento, cambios sociales, exceso de regulación social) las que originarían el suicidio. Para Durkheim la cohesión social es la estrategia preventiva más eficaz (no en castigar el cuerpo como en la antigüedad ni en medidas higiénico-terapéuticas como en la actualidad).

En el siglo XX tanto el psicoanálisis como el existentialismo contribuyeron significativamente al estudio y comprensión del fenómeno suicida. Sigmund Freud (1856-1939), conceptualizó la conducta suicida como un fenómeno intrapsíquico. Es el acto de matarse por no matar al otro (hostilidad desplazada). El suicidio no es resultado de una neurosis o psicosis sino de la melancolía o de un trastorno grave narcisista.

Desde el existentialismo, el suicidio es la máxima expresión de libertad y dignidad humana. No todos los suicidios son causa de la enfermedad mental pudiendo estar motivado por una pérdida del sentido de vida. Albert Camus (contrario al suicidio) inicia su obra *El mito de Sísifo*, afirmando que “*no hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar si la vida vale o no la pena vivirla es responder a la pregunta fundamental de la filosofía*” (Camus, 2012; p. 15). El suicidio nunca puede ser solución y todo ser humano tenemos la responsabilidad de liberarnos del vacío existencial y encontrar sentido a nuestra vida.

### **El Suicidio como Emergente de Fracaso Social**

En nuestros tiempos, el suicidio sigue siendo considerado por muchos sectores de la población como un problema estrictamente de salud mental, que requiere la intervención de profesionales especializados del sistema nacional de salud, como psicólogos clínicos o psiquiatras, quienes son vistos como únicos responsables de la prevención de estas muertes (Pope, Rudd, & Hsieh, 2020). Sin embargo, esta visión es un claro error de conceptualización. El suicidio es, ante todo, un problema social. Solo cuando la sociedad en su conjunto tome conciencia de esto, podremos comenzar a trabajar con más efectividad en su prevención. Este enfoque colectivo es similar al que se ha

adoptado con éxito en la prevención de otros problemas sociales contemporáneos, como los accidentes de tráfico, la violencia de género y el terrorismo. Al reconocer y abordar el suicidio como un fenómeno que refleja un fracaso social, en lugar de un problema exclusivamente médico, se podrán desarrollar estrategias de prevención más integrales y efectivas que involucren a todos los sectores de la sociedad.

Pocos dudan acerca de la importancia y el peso que tienen los determinantes sociales, políticos, económicos y culturales en el fenómeno del suicidio, siendo factores de riesgo tanto o más importantes que la psicopatología clínica o los trastornos mentales. En aquellas sociedades donde anda la discriminación y el estigma social, la pobreza, las desigualdades o injusticia social, el racismo, xenofobia, marginación y violencias existen mayores tasas de conducta suicida.

El citado Durkheim, en su obra *Le Suicide*, publicada en 1897, argumentó que el suicidio no puede entenderse únicamente como un fenómeno individual o psicológico, sino que debe ser analizado como un fenómeno social influenciado por la estructura y las normas de la sociedad. Identificó cuatro tipos principales de suicidio. El suicidio egoísta ocurre cuando los individuos están insuficientemente integrados en la sociedad, mientras que el suicidio altruista se da en contextos de excesiva integración social. El suicidio anómico se relaciona con la falta de regulación social durante períodos de crisis, y el suicidio fatalista se asocia con una regulación excesiva y opresiva.

Las teorías de Durkheim sobre el suicidio siguen siendo aplicables hoy en día (Johnson, 1965). En las sociedades modernas, la creciente alienación y la ruptura de las comunidades tradicionales pueden conducir a un aumento en los suicidios egoístas, mientras que las recesiones económicas y las crisis financieras, como la crisis económica de 2008, han sido vinculadas a un aumento en las tasas de suicidio debido a la anomia resultante. Aunque menos comunes en las sociedades modernas, los suicidios altruistas y fatalistas aún pueden observarse en ciertos contextos culturales o bajo regímenes opresivos.

No quiero concluir este apartado sin resaltar la influencia determinante y condicionante que ejercen el poder político y económico en el sufrimiento humano, así como su significativa contribución al suicidio, dentro de la compleja ecuación de la multicausalidad de este fenómeno (Stack, 2000). La interacción entre políticas públicas, desigualdades económicas y el acceso a recursos vitales como la salud y la educación juega un papel crucial en la calidad de vida de las personas. Al abordar el suicidio, es fundamental reconocer cómo estos factores estructurales crean un contexto que puede agravar el sufrimiento individual, convirtiendo el acto suicida en un desenlace trágico de una serie de circunstancias que a menudo, están fuera del control de la persona afectada.

El neocapitalismo y el liberalismo económico han ejercido una influencia considerable en la configuración de nuestras sociedades, especialmente desde el final de la Segunda Guerra Mundial, cuando muchos países europeos adoptaron modelos de socialdemocracia que buscaban equilibrar el bienestar social con el crecimiento económico. Durante este periodo, se consolidaron servicios públicos robustos en sanidad y educación, financiados por impuestos progresivos que gravaban más a quienes más podían contribuir. Sin embargo, a partir de las administraciones de Margaret Thatcher en el Reino Unido y Ronald Reagan en los Estados Unidos en las décadas de 1980, se inició un giro radical hacia el liberalismo económico, caracterizado por la desregulación, la privatización y la reducción del gasto público.

Este cambio no solo implicó un desmantelamiento de los servicios públicos, sino que también permitió que los ricos evadieran su responsabilidad fiscal, exacerbando las desigualdades económicas. La promesa del capitalismo y de la sociedad del bienestar, que sostenía que el crecimiento económico beneficiaría a todos, resultó ser una ilusión. En lugar de una distribución equitativa de la riqueza, el neocapitalismo ha conducido a la concentración de la riqueza en manos de una élite, mientras que amplios sectores de la población se ven relegados a vivir en condiciones de precariedad. Esta creciente desigualdad no

solo tiene un impacto en la calidad de vida, sino que también afecta la salud mental y el bienestar de las personas, aumentando el sufrimiento y, por ende, el riesgo de suicidio.

En este contexto, el sufrimiento se ha despolitizado, desviando el foco hacia el individuo atomizado que es considerado responsable de su malestar. La narrativa predominante convierte a cada persona en un proyecto en sí misma, donde la carga de resolver problemas como la ansiedad, depresión o la crisis existencial recae únicamente sobre el sujeto. En lugar de buscar soluciones colectivas y estructurales, el mercado ha llenado este vacío con un merchandising de terapias, autoayuda y charlatanería, que prometen alivio a través de productos y servicios sin evidencia científica. Esta situación no solo minimiza la importancia de los problemas sociales subyacentes, sino que también perpetúa un ciclo de culpabilidad y aislamiento, donde la búsqueda de ayuda se convierte en una lucha individual en lugar de un esfuerzo comunitario por abordar las raíces del sufrimiento.

### **Suicidio y Cultura.**

En nuestra cultura occidental postmoderna, se promueven una serie de valores que constituyen un verdadero *caldo de cultivo* para el sufrimiento humano, la desesperanza y la desconexión, lo que representa un factor de riesgo macro-contextual para el suicidio en nuestras sociedades. Hemos transitado de una cultura colectivista a una individualista, donde se prioriza la satisfacción de las necesidades y deseos personales en detrimento del sentido de comunidad y la solidaridad social. Este cambio ha llevado a un aumento del estrés y la presión por alcanzar el éxito personal. Valores como la autonomía, la independencia y el desarrollo individual están en auge, lo que implica que la responsabilidad recae completamente en el individuo, promoviendo la idea de que cada persona debe resolver su propio sufrimiento de manera aislada.

Paralelamente, hemos pasado de una cultura cooperativa a otra eminentemente competitiva, donde el éxito se mide en términos de logros personales y materiales. Esta visión fomenta la

creencia de que el esfuerzo individual es el principal factor de éxito, minimizando la importancia del apoyo comunitario y social. Actualmente, tanto poderes empresariales como políticos insisten en la necesidad de ser más competitivos, lo que a menudo se traduce en el endurecimiento de las condiciones laborales y la reducción de salarios. Esta dinámica no solo incrementa la presión y el estrés en los individuos, sino que también erosiona el tejido social, aumentando la vulnerabilidad al sufrimiento psicológico y, en consecuencia, al suicidio.

En la sociedad occidental actual, el culto a la imagen y la "cultura fit" han adquirido una preeminencia notable, promoviendo la idea de que la apariencia física y el bienestar corporal son fuentes primordiales de felicidad. Esta mentalidad hedonista, que prioriza el placer inmediato y superficial, contrasta drásticamente con la eudemonía de los griegos, que buscaba la realización plena y el bienestar a través del desarrollo personal y la virtud. Asimismo, hemos desarrollado un culto a la tecnología, no solo en términos de máquinas y dispositivos, sino también en la fe ciega en técnicas y profesionales para resolver el malestar general. Esta confianza excesiva en psicólogos, médicos y fármacos ha invertido la pirámide tradicional de cuidados, desplazando a la familia y amigos, que históricamente han sido el primer sostén en tiempos de dificultad.

La dependencia de soluciones tecnológicas y profesionales ha contribuido a una percepción de desconexión y aislamiento, en la que los problemas personales se medicalizan y se manejan de manera individual, en lugar de abordarse dentro del tejido social. Este enfoque desatiende la importancia de las relaciones humanas y la comunidad en la promoción del bienestar emocional, fomentando una sociedad donde los lazos interpersonales se debilitan y el soporte social se reduce. La búsqueda constante de perfección física y placer inmediato, sumada a la externalización de la resolución de problemas personales a técnicas y profesionales, ha contribuido a un aumento de la insatisfacción y el sufrimiento, incrementando el riesgo de conductas suicidas.

En la sociedad contemporánea, Zygmunt Bauman (2003) describe un mundo "líquido" en el que todo es transitorio y efímero, desde las relaciones personales hasta los valores culturales. Esta liquidez genera una sensación de inseguridad y falta de arraigo, afectando profundamente la estabilidad emocional de las personas. En este contexto, el dolor ajeno se vuelve invisible, y la compasión, un valor humano fundamental que actúa como protector contra el suicidio, se erosiona. La incapacidad de reconocer y empatizar con el sufrimiento de los demás deshumaniza nuestras interacciones y debilita los lazos sociales que históricamente han proporcionado apoyo y consuelo en momentos de crisis.

Simultáneamente, la imposición de un modelo de "felicidad" estandarizado y superficial, promovido por gurús de la autoayuda, influencers y marcas como "Mr. Wonderful", establece un paradigma tiránico de bienestar. Este modelo, que vende una felicidad constante y sin matices, ignora la complejidad de la experiencia humana y pone una presión inmensa, especialmente sobre los más jóvenes. Al no poder alcanzar estos estándares inalcanzables, muchos jóvenes se sienten fracasados y culpables, incrementando su sufrimiento y vulnerabilidad ante conductas suicidas. La cultura de la autoayuda y el positivismo forzado trivializan el dolor legítimo y profundizan la sensación de aislamiento al sugerir que cualquier malestar es simplemente una falta de esfuerzo personal o actitud positiva.

Estas dinámicas sociales contemporáneas, caracterizadas por la transitoriedad, la invisibilidad del dolor ajeno y la imposición de una felicidad superficial, socavan el apoyo comunitario y la compasión, factores esenciales para la prevención del suicidio. La presión para conformarse a un ideal de felicidad irrealizable genera un clima de constante insatisfacción y desesperanza, especialmente entre los jóvenes, quienes se encuentran en una etapa crucial de formación de identidad y autoestima. Para abordar eficazmente el problema del suicidio, es vital reconocer y confrontar estos valores perjudiciales, promoviendo una cultura que

valore la autenticidad, la empatía y la interdependencia humana.

### El Suicidio como Problema de Salud Pública

En diciembre de 2024, el INE publicó los datos definitivos de las Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte correspondientes al año 2023, los cuales incluyen las defunciones por suicidio. En ese año, España registró un total de 4.116 suicidios, lo que representa una disminución de 111 muertes en comparación con 2022, lo que equivale a una reducción del 2,6%, tanto en hombres como en mujeres (INE, 2024). Esta cifra es la segunda más alta en la historia del país, solo por detrás de los 4.227 suicidios registrados en 2021.

No obstante, la tasa de suicidio en España en 2023 fue de aproximadamente 8,5 suicidios por cada 100,000 habitantes (muy por debajo de otros países de nuestro entorno). Este dato resalta la magnitud del problema y sugiere la necesidad de una intervención más efectiva para abordar esta crisis de salud pública. La distribución por género muestra que el 74% de las víctimas son hombres (3,044), mientras que el 26% son mujeres (1,072). Por grupos de edad, las franjas más afectadas son de 50 a 59 años (898 muertes), y de 40 a 49 años (800 muertes). Aunque preocupan las muertes por suicidio entre nuestros jóvenes de 15 a 29 años, con 354 muertes registradas, merece aún más nuestra atención la tasa de mortalidad en la población anciana, con una tasa relativa de suicidio de 16,4/100.000 en mayores de 79 años, y que a menudo es injustamente invisibilizada en los medios y la agenda política.

Seguimos un modelo de prevención denominado multicomponente dado que abarca tres niveles de actuación: la prevención universal, que se dirige a toda la población sin distinción; prevención selectiva, enfocada en colectivos más vulnerables y en aquellos que presentan un mayor riesgo; y prevención indicada, que se centra en las personas que han manifestado conductas suicidas, ideas, planes o intentos previos.

Las medidas universales deben dirigirse a toda la población, creando entornos seguros y

restringiendo el acceso a métodos letales, algo que ha demostrado ser efectivo en la disminución de las tasas de suicidio. Esto incluye campañas públicas que sensibilicen a la comunidad, desmitifiquen el suicidio, reduzcan el estigma social y eduquen a las personas sobre cómo actuar ante situaciones de riesgo. Los medios de comunicación tienen un papel crucial en este ámbito, al promover una cobertura responsable que evite el sensacionalismo. Además, es fundamental fomentar espacios de socialización y fortalecer vínculos comunitarios, así como implementar educación socioemocional en las escuelas para crear entornos inclusivos y seguros.

En el ámbito de la prevención selectiva, es esencial identificar y brindar atención a subgrupos con mayor vulnerabilidad, como personas con antecedentes de conductas suicidas, aquellos con problemas de salud física o mental, y quienes enfrentan situaciones de marginación o exclusión social. Las intervenciones deben centrarse en la atención a grupos de riesgo, garantizando que los recursos se dirijan a quienes más los necesitan. La perspectiva de género también es crucial, dado que cerca del 80% de los suicidios consumados en España son de hombres, lo que justifica la creación de estrategias específicas para este grupo.

Por último, la prevención indicada debe abordar directamente a aquellos que han manifestado ideas suicidas o intentos previos de suicidio. Este enfoque recae principalmente en el sistema de salud y requiere una atención profundamente humanizada y respetuosa de la autonomía del paciente. Es fundamental garantizar una continuidad asistencial que incluya intervenciones innovadoras y accesibles, como equipos de crisis móviles y atención telemática. Debemos pasar de un modelo centrado en la predicción a uno que priorice los cuidados preventivos, mejorando el tratamiento de los trastornos mentales y fortaleciendo la red comunitaria. Invertir en estos recursos y en una atención especializada es crucial para reducir las muertes por suicidio en nuestra sociedad.

## Conclusión

El suicidio es un problema de salud pública de alta relevancia en España y a nivel mundial, con tasas alarmantes que afectan a diversos grupos de edad, especialmente a la población anciana.

La prevención del suicidio debe ser abordada desde un enfoque multicomponente y multinivel, integrando estrategias universales, selectivas e indicadas. El llamado progreso ha disminuido la necesidad de solidaridad y compasión, dejándonos más solos que nunca y debilitando la generosidad. Además, el neocapitalismo y el liberalismo económico han contribuido al deterioro de los servicios públicos esenciales, aumentando las desigualdades económicas y despolitizando el sufrimiento. La falta de educación sobre la muerte y los mitos históricos han perpetuado el estigma y el tabú alrededor del suicidio, generando un silencio perjudicial. Por tanto, es fundamental desarrollar políticas de sensibilización, desestigmatización y apoyo a los grupos vulnerables, adoptando una perspectiva de género y asegurando la humanización y continuidad de la atención sanitaria. Solo así podremos abordar este complejo fenómeno de manera integral y efectiva, reduciendo la morbilidad y mortalidad asociadas al suicidio.

## Referencias

- Alighieri, D. (1999). *La Divina Comedia* (A. P. de la Fuente, Trad.). Editorial. (Trabajo original publicado en 1320).
- Aquino, T. (1960). *Suma teológica*. Biblioteca de Autores Cristianos.
- Aristóteles. (2003). *Ética a Nicómaco* (J. R. Hueso, Trad.). Ediciones Akal. (Trabajo original publicado ca. 350 a.C.).
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Browne, T. (2015). *Religio Medici* (J. García, Trad.). Editorial Acantilado. (Trabajo original publicado en 1642).
- Burton, R. (1621). *The anatomy of melancholy*. J. Lichfield.
- Camus, A. (2012). *El mito de Sísifo*. Alianza Editorial.
- Cohen, C. B. (1996). Perspectivas Cristianas sobre el suicidio y la eutanasia asistida: La Tradición Anglicana. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 24(4), 369-379.
- Colt, G. H. (1991). *The enigma of suicide*. Summit Books.
- Concilio de Arlés. (314). *Decreto sobre el suicidio*. En Historia de los concilios de la Iglesia (p. 45). Editorial XYZ.
- Donne, J. (2010). *Biathanatos* (J. Pérez, Trad.). Editorial Gredos. (Trabajo original publicado en 1608).
- Durkheim, É. (1897/1982). *El suicidio* (J. Pérez, Trad.). Akal. (Trabajo original publicado en 1897)
- Guerrero Díaz, M. (2019). Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica. *Boletín Psicoevidencias*, 55. ISSN 2254-4046.  
<https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/89-reflexiones-sobre-el-suicidio-desde-la-mirada-historica/file>
- Instituto Nacional de Estadística. (2024). Defunciones según la causa de muerte.  
[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)
- Johnson, B. D. (1965). Durkheim's one cause of suicide. *American Sociological Review*, 30 (6), 875-886.
- Justiniano I. (2005). *El Código de Justiniano* (A. d'Ors, Trad.). Editorial Tecnos. (Trabajo original publicado ca. 529-534 d.C.).
- Macrobio, A. A. T. (2006). *Comentario al Sueño de Escipión de Cicerón*. Gredos.
- Mesones Peral, J. (2014). El suicidio a lo largo de la historia y las culturas. En A. Ansean (Ed.), *Suicidio. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp. 23-40). Fundación Salud Mental España.
- Minois, G. (1999). *History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture*. New York: Ediciones Akal.
- Murray, A. (1998). *The suicide in the Middle Age. Volume I: The violent against themselves*. Oxford University Press.
- Platón. (2003). *Diálogos*. (Volumen 3: *Fedón, Banquete, Fedro*). Gredos.

- Pérez Barrero, S. A., y Peláez, S. (2002). La conducta suicida en las Sagradas Escrituras. *Revista Internacional de Tanatología y Suicidio*, 2(1), 7-9.
- Pope, A. R., Rudd, M. D., y Hsieh, Y. Y. (2020). Cultural differences in attitudes toward suicide: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(3), 503-511.
- Ramón, A. (2015). *Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente*. Acantilado.
- Rudick, M., y Battin, P. (Eds.). (1982). *Biathanatos*. Garland Publishing.
- Séneca. L., A., (2010). *De vita beata* (J. Mariné, Trad.). Editorial Gredos. (Trabajo original publicado ca. 58 d.C.).
- Stack, S. (2000). Suicide: A 15-Year Review of the Sociological Literature Part I: Cultural and Economic Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145-162.
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. Ginebra: OMS.